UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 33

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Occipito-Iliaques Gauches Postérieures

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mars 1923

PAR

Pierre FLEURY

Né à Marseille le 1er Février 1892.

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VALLOIS, professeur, *président.*
De ROUVILLE, professeur.
DELMAS (P.), agrégé
ETIENNE agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN & MONTANE
3, rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1923

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OCCIPITO-ILIAQUES GAUCHES POSTÉRIEURES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0117

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 33

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Occipito-Iliaques Gauches Postérieures

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 14 Mars 1923

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Pierre FLEURY

Né à Marseille le 1er Février 1892.

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VALLOIS, professeur, *président.*
De ROUVILLE, professeur.
DELMAS (P.), agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN & MONTANE
3, rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et médecine sociale	N...
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur.* ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET.
Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. DELMAS (J.).
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).
Clinique des maladies des vieillards	Dr BOUDET.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. GAUSSEL. MARGAROT.	Chimie	MM. N...
Anatomie	DELMAS (J.).	Accouchements	DELMAS (P.)
Chirurgie	RICHE ETIENNE. LAPEYRE	Histoire natur.	CABANNES. GALAVIELLE.
		Physique	N...

Examinateurs de la thèse:

MM. VALLOIS, professeur, *Président.* | MM. DELMAS (P.), agrégé.
De ROUVILLE, professeur. | ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FIANCÉE

A MA MÈRE, A MON PÈRE

A MA GRAND'TANTE MATERNELLE

A TOUS CEUX QUI M'AIMENT

A LA MÉMOIRE

DE MES

ARRIÈRES GRANDS PARENTS MATERNELS

A CELLE

DE MES CAMARADES TOMBÉS A L'ENNEMI

P. FLEURY.

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR RISS

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA MATERNITÉ DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

P. FLEURY.

AVANT-PROPOS

Nous voici arrivé au terme de nos études et, tout naturellement, notre pensée se reportant en arrière, refait le chemin parcouru.

Novembre 1912! C'est dans le Service de Chirurgie Infantile du docteur Brun que nous prenons contact avec le milieu hospitalier, c'est là que nous connaissons ce bon, ce franc camarade que fût pour nous Pierre Nalin, qu'il accepte ici, l'expression de notre reconnaissance, pour l'aide fraternelle reçue de lui pendant la préparation du concours de l'externat. Dans l'année qui suivit, un souvenir, en nous, prime tous les autres, celui de ce si bienveillant Docteur Pluyette que la mort vient d'arracher à l'amour des siens, à l'affection de ceux qui l'ont connu. C'est dans son service, où huit mois durant, nous avons rempli les fonctions d'externe, que nous reçûmes les premières notions de chirurgie générale.

1914! Après six mois passés dans le service du docteur Reynès, où notre excellent ami le docteur Ed. Aubert, chef de travaux à l'Ecole de Médecine, nous fit, au lit du malade de si intéressantes cliniques, nous entrons en juillet, dans le service du Professeur Edouard Delanglade, et là, je m'arrête... C'est les larmes aux yeux, que j'évoque ici la mémoire d'un homme qui, nul ne me peut contredire, fut admirable en tout. Maître autorisé, d'une bienveillance

toute paternelle, chef de famille modèle, Français dans toutes ses fibres, il a laissé au fond des cœurs susceptibles de vibrer d'une pensée, d'un sentiment nobles, un ineffaçable souvenir. Sa conduite, durant la terrible guerre, fût, du reste, le gage éclatant de la sincérité de ses principes. Son titre de professeur agrégé, sa compétence chirurgicale, tout l'autorisait à accepter un poste qui lui permettrait d'utiliser, au mieux de tous, les ressources de son art. Mais, Edouard Delanglade estime que jeune encore, sa place est au feu. Il sollicite et, après maintes difficultés, obtient son affectation à une unité de combat. Son dévouement, son admirable courage lui valent bientôt la Croix de Guerre et celle de Chevalier de la Légion d'Honneur.

Durant de longs mois, il reste au milieu de ses artilleurs, puis, un ordre supérieur l'appelle à un poste plus en rapport avec son autorité... En 1917, il est chirurgien inspecteur d'armée! Son ardeur première ne s'est pas ralentie, sans cesse, il est sur la ligne de feu se portant jusqu'aux postes de secours les plus avancés... Et un jour... à l'aube de la victoire, son destin s'accomplit ! Ce cœur admirable s'arrête, mortellement frappé! Que ceux, et j'en sais autour de moi plus d'un, parmi mes camarades d'études, qui, tout jeunes, se sont prudemment terrés, s'inclinent, bien bas, devant l'exemple d'un tel homme si, toutefois, ils sont capables de le comprendre.

Pour nous, après avoir vécu aux armées cinq années, dont deux à notre cher et vaillant 167e de ligne, nous avons, d'octobre 1919 à décembre 1920, passé, dans le service de clinique médicale du Professeur Audibert, quinze mois dont nous avons tiré le meilleur profit. En 1921, c'est au docteur Brun, professeur de clinique chirurgicale infantile et au docteur Rouslacroix, auprès desquels nous avons

rempli successivement, pendant un semestre, les fonctions d'interne, que vont nos remerciements sincères. Six mois durant, nous avons suivi les conférences d'internat de nos excellents camarades les Docteurs Cottalorda et Gaston, et nous les prions d'accepter notre affectueux souvenir.

Nous venons, enfin, de passer à la Maternité du Docteur Riss, un semestre, auquel nous devons tout le modeste acquis de notre pratique obstétricale. Qu'il nous soit permis de remercier, ici, du fond du cœur, en même temps que notre chef de service, les bons et aimables camarades que furent pour nous les docteurs E. Cambon et B. Chanson. A Mademoiselle Mouren, la très distinguée directrice de l'Ecole d'Accouchements, à tout le personnel, va du reste aussi, notre bon souvenir.

Qu'à son tour enfin, le Docteur Roume, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Montpellier, accepte l'expression de notre gratitude, pour les indications bibliographiques qu'il nous a, si obligeamment signalées, à l'occasion de ce travail.

Et maintenant, nous allons aborder notre vie de praticien! Fort des exemples reçus, de ceux surtout de notre éternellement regretté Professeur Delanglade, c'est, sur le chemin de la conscience et de l'honneur, qu nous jurons de la conduire, jusqu'au terme de la carrière.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

OCCIPITO-ILIAQUES GAUCHES POSTÉRIEURES

PLAN GENERAL

Première partie. — *Historique des occipito-gauches postérieures (jusqu'à Nœgelé).*

Deuxième partie. — *Les occipito-gauches postérieures dans la période moderne (de Nœgelé à nos jours).*

§ I. — Fréquence des O. I. G. P.

§ II. — L'accouchement dans les O. I. G. P. ((durée, évolution, pronostic).

§ III. — Quelques mots sur le mécanisme

§ IV. — Traitement des O. I. G. P.

Conclusions.

INTRODUCTION

Les livres classiques, n'accordent généralement pas une mention spéciale, à la présentation de l'extrémité céphalique fléchie en position postérieure gauche. Cette variété rare de la présentation du sommet, est étudiée globalement avec les occipito-iliaques droites postérieures comme si, ces deux variétés de position, avaient une évolution identique.

Dans cette étude, modeste contribution que nous apportons à plus d'une œuvre antérieurement parue, nous essaierons de démontrer surtout, qu'au triple point de vue de la fréquence, de la durée du travail et de l'évolution, les occipito-iliaques gauches postérieures méritent une place à part, dans l'étude de l'accouchement en présentation du sommet.

PREMIERE PARTIE

HISTORIQUE

Il nous a paru intéressant de commencer tout d'abord par quelques pages d'historique. L'évolution des idées est toujours chose curieuse à suivre. Chemin faisant, à mesure que se perfectionnent les méthodes d'observation, nous verrons s'individualiser les présentations, les positions et leurs variétés, se préciser leur évolution et leur mécanisme, nous rencontrerons aussi, dans plus d'un texte, certaines des idées que nous allons défendre touchant les occipito-gauches postérieures.

Des siècles durant, la notion de position reste inconnue (telle du moins que nous la concevons de nos jours). Il n'est question que de présentations ou, plus exactement, de « *Postures* » ou « *Figures* ». Hippocrate, dans son traité « *De la nature de l'enfant* », admettait trois postures générales. La première, quand l'enfant présente la tête, la deuxième quand il présente les pieds, la troisième « quand il vient de côté ou de travers ». (Mauriceau.) Les idées sur les présentations fœtales ne sont guère plus avancées au XVII[e] siècle. Dans son « *Eschole méthodique et parfaite des sages-femmes* » Charles de Saint-Germain admet une « *figure naturelle* » et des « *figures contre na-*

ture ». Qu'est-ce que la figure naturelle? « C'est quand l'enfant sort présentant la tête la première, *la face tournée vers le dos de sa mère,* ayant les jambes en haut et les bras couchés sur les cuisses, sortant immédiatement après que les eaux sont percées » (page 178).

Quant aux figures contre-nature, ce sont celles que l'on rencontre dans l'accouchement contre-nature, c'est-à-dire « celui dans lequel on a toute autre figure que la figure naturelle ». Ces figures contre-nature étaient nombreuses: les mains, les pieds, les fesses, les lombes, le nombril, etc. Le mécanisme de l'accouchement est alors presque totalement inconnu. Il n'est pas question de diamètres maternels et de diamètres fœtaux, les auteurs connaissent les contractions utérines mais imputent le travail à l'activité du fœtus. C'est ainsi que, dans ce même Charles de Saint-Germain, on lit que: « si vers le septième mois les enfans se tournent pour l'ordinaire la teste la première vers le couronnement, c'est d'autant qu'aux hommes, les parties supérieures sont plus lourdes et pesantes » (p. 121). C'est le fœtus qui perce les eaux, c'est lui qui détermine l'accouchement prématuré quand ne trouvant au sein de sa mère qu'une nourriture insuffisante il presse sur le couronnement pour « issir » et chercher sa nourriture au dehors.

Presque à la même époque François Mauriceau dans son « *Traité des femmes grosses et de celles qui sont accouchées* » (7e édition posthume, Paris, MDCCXL) admet une posture ou figure naturelle « quand la tête vient la première la face en dessous » (p. 234) et quatre postures contre-nature en général qui sont « premièrement, par toutes les parties antérieures du corps; secondement, par les postérieures; troisièrement, par les latérales, et quatrièmement par les pieds ».

Dans l'œuvre de cet homme qui fut pourtant un novateur en obstétrique, rien de valable encore sur le mécanisme de l'accouchement.

Au siècle suivant Levret commence à s'occuper des diamètres du petit bassin (*L'art des accouchements démontré par des principes de physique et de méchanique,* Paris, MDCCLXVI). Il cite les trois diamètres antérieur, transversal, oblique du « détroit abdominal » mais il croit que la tête s'engage au détroit supérieur par « l'occiput » la suture sagittale « suivant le tracé du conjugué ». En Allemagne, Rœderer et Stein adoptèrent les mêmes conceptions.

L'Irlandais F. Ould, dans « *A treatise of midwifery in tree parts* » (Dublin, 1742) fut le premier à déclarer que la tête se présente dans le diamètre transverse du bassin. Smellie fut de cet avis. Il enseigne que la tête se présente par le sinciput en position transversale, que dans l'excavation l'occiput est généralement la partie la plus basse et se tourne enfin en avant « vers la partie inférieure de la symphyse pour se dégager ».

C'est à Mathias Saxtorph, de Copenhague, et surtout, au Français Solayrès de Renhac, que revient vraiment l'honneur d'avoir montré le rôle des diamètres obliques du bassin dans le mécanisme de l'accouchement.

Andrieux de Brioude, dans la traduction française qu'il donne de la « *Dissertatio de partu viribus maternis absoluto* » de Solayrès (Traduction, Paris, 1842), s'exprime ainsi au sujet de l'auteur: « C'est de lui que doit dater la période obstétricale à laquelle on donne à tort le nom de période de Baudelocque. Si Solayrès eut vécu, dit M. Velpeau, peut-être Baudelocque n'aurait point honoré la France ». C'est, en effet, dans la dissertation de Solayrès

que l'on trouve la première classification méthodique (bien que touffue) introduite en tocologie. La présentation du sommet (1er genre, du 1er ordre de la 1re classe) comprend six «*espèces* » (variétés de positions), dont voici les caractères.

1re espèce. — La suture sagittale est placée dans la direction du diamètre antérieur, la fontanelle postérieure est vers le pubis, l'antérieur vers le sacrum. Solayrès ajoute: « Cette position de la tête est tellement rare que sur vingt accouchements on la rencontre à peine une ou deux fois ».

2e espèce. — La suture sagittale est dans le même diamètre, mais la fontanelle antérieure est derrière le pubis, la postérieure devant le sacrum.

3e espèce. — La direction de la suture sagittale suit celle du diamètre, oblique de gauche à droite; la fontanelle postérieure est à gauche et en avant, l'antérieure à droite et en arrière.

4e espèce. — La suture sagittale occupe le même diamètre oblique, mais la fontanelle postérieure est vers la symphyse sacro-iliaque droite l'antérieure répond à la cavité cotyloïde gauche.

5e espèce. — La sagittale suit la direction du diamètre oblique de droite à gauche, la fontanelle postérieure regarde la cavité cotyloïde droite, l'antérieure la symphyse sacro-iliaque gauche.

6e espèce. — La fontanelle postérieure (la sut. sagittale occupant le même diamètre que pour la 5e espèce) est vers la symphyse sacro-iliaque gauche. L'antérieure vers la cavité cotyloïde droite.

Par ordre de fréquence on rencontrait pour Solayrès:

3 (O. I. G. A.), — 5 (O. I. D. A.), — 1 (O. P.), — 2 (O. S.), — 4 (O. I. D. P.), — 6 (O. I. G. P.).

Les positions les plus rares étaient donc les obliques postérieures. L'auteur est d'avis que *dans la majorité des cas leur rotation de dégagement se fait en O. S.* mais il admet cependant, à titre exceptionnel, leur conversion en O. P.

Baudelocque, qui multiplia les positions au point d'en admettre 94, considère, comme son maître Solayrès, six espèces dans la présentation du sommet. (*L'art des Accouchements,* édition posthume de 1825).

1° La fontanelle postérieure est située derrière la cavité cotyloïde gauche, l'antérieure au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite.

2° La fontanelle postérieure est derrière la cavité cotyloïde droite, l'antérieure au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche.

3° La fontanelle postérieure répond au pubis, l'antérieure au sacrum.

4° La fontanelle antérieure répond au cotyle gauche, la postérieure à la symphyse sacro-iliaque droite.

5° La fontanelle antérieure répond au cotyle droit, la postérieure à la symphyse sacro-iliaque gauche.

6° La fontanelle antérieure répond au pubis, la postérieure au sacrum.

Par ordre de fréquence Baudelocque rencontra *sur 10.322 enfants:*

8522	fois	la position n°	1 O.I.G.A.
1754	—	—	2 O.I.D.A.
25	—	—	4 O.I.D.P.
19	—	—	5 O.I.G.P.
2	—	—	3 O.P.
1	—	—	6 O.S.

Ainsi, pour Baudelocque, deux positions existent surtout : O. I. G. A., O. I. D. A. Les deux variétés postérieures obliques sont presque aussi rares l'une que l'autre ; quant aux deux positions directes, on peut penser, avec Mme Lachapelle, que Baudelocque ne les conserva dans sa nomenclature que par respect pour Solayrès.

Mme Lachapelle, dans sa « *Pratique des Accouchements* » (Paris, 1821), admet pour la présentation du vertex les six espèces ou positions franches, cardinales, suivantes :

1° Occiput à gauche et en avant, 1re de Baudelocque.
2° Occiput à droite et en avant, 2e —
3° Occiput à droite et en arrière, 4e —
4° Occiput à gauche et en arrière, 5e —
5° Occiput à gauche et en transverse.
6° Occiput à droite et en transverse.

Nous le voyons, les positions directes, antéro-postérieures, sont rayées de cette classification ; mais, comme ses prédécesseurs, Mme Lachapelle continue à assimiler au point de vue fréquence, évolution et pronostic les O.I.D.P. et les O. I. G. P. : « les positions dans lesquelles le front est vers une éminence ilio-pectinée ». Très rarement « un mouvement de rotation extraordinaire ramène le front en arrière et réduit ces positions à l'une des deux premières du vertex ». La rotation en O. P. est qualifiée de « *rotation insolite* », et pour obvier aux conséquences du dégagement « face en dessus », Mme Lachapelle conseille comme les auteurs qui la précédèrent, une thérapeutique active.

La tête est-elle engagée ? On essayera la rotation en O. P. à la main (Baudelocque) ou au forceps.

La tête est-elle haute et l'enfant vivant ? Version si l'utérus n'est pas rétracté, forceps dans le cas contraire.

Si l'enfant est mort, crochets et perce-crâne (p. 129).

Les idées de Mme Boivin touchant les occipito-postérieures ne diffèrent guère de celles que nous venons d'exposer. Ce sont des positions aussi rares l'une que l'autre. Sur 20.517 naissances :

109 fronto-cotyloïdiennes gauches (O. I. D. P.) et
92 fronto-cotyloïdiennes droites (O. I. G. P.), contre
15682 occipito-cotyloïdiennes gauches et
3682 occipito-cotyloïdiennes droites.

Cependant, étudiées comparativement, Mme Boivin *pense que la fronto-cotyloïdienne droite tournerait plus fréquemment en avant que la fronto-cotyloïdienne gauche.* La cause en serait à la présence du rectum bourré de matières aussi, l'auteur se demande-t-il « s'il ne conviendrait pas mieux de laisser le rectum en son état de plénitude que de l'évacuer comme on l'a conseillé ».

Il nous a semblé que F.-J. Moreau (*Traité pratique des Accouchements,* tome II, Paris 1842) fut le premier à signaler la dystocie des O. I. G. P. comparativement aux autres variétés de présentations du sommet. A propos de l'occipito-ilium gauche postérieure, il écrit : « Cette position est plus rare que les autres, probablement à cause de la situation ordinaire du rectum. Elle offre moins d'avantages aussi que celle du côté opposé, parce que la mollesse de l'intestin rend sa progression plus difficile. Aussi le travail est-il incomparablement plus long ».

Mais voici les travaux de Nœgelé, et avec eux, comme l'écrit M. Vallois, dans les *Archives de Tocologie et Gynécologie* de 1892 « commence une ère nouvelle pour l'histoire des positions postérieures du sommet ». *La position O. I. D. A.,* considérée jusqu'alors comme la plus fréquente après l'O. I. G. A. *devient exceptionnelle en tant que posi-*

tion primitive, on ne la rencontre pratiquement que comme *étape au cours de la rotation d'une O. I. D. P.* en O. P. *Les droites postérieures passent au second rang* et Nœgelé prouve que, contrairement à l'opinion admise jusqu'à lui, *leur rotation en O. P. est la règle, leur conversion en O. S., l'exception.* Quant aux O. I. G. P.. Nœgelé considère aussi qu'elles évoluent normalement en O. P., mais il les tient pour si rares que dans une de ses statistiques rapportée par Playfair il n'en est pas fait mention:

Nœgelé père:

O.I.G.A.: 70 %; O.I.D.P.: 29 %; non classées: 1

Nœgelé junior:

O.I.G.A.: 64,64; O.I.D.P.: 32,88; non classées: 2,47

On peut donc dire, que, pour le professeur de Heildelberg, le sommet s'engageant dans un bassin normal emprunte toujours le diamètre oblique gauche.

L'on peut s'étonner, à juste titre, de ce que les accoucheurs soient restés si longtemps sans remarquer la fréquence des droites postérieures et leur conversion habituelle en occipito-pubienne. Cela tient, dit Nœgelé, au concours de plusieurs circonstances. « Tout d'abord l'on peut confondre la suture frontale et la suture coronale avec les deux branches du lambda; mais, ce qui a surtout contribué à faire méconnaître la fréquence de la troisième position c'est qu'on pratiquait le toucher généralement trop tard, à une époque où la position primitive s'était déjà convertie. Enfin, il est certain que des raisons de tout autre nature, les idées préconçues, la tendance naturelle à accepter les « décisions magistrales des coryphées de » l'art » ont empêché pendant longtemps la vérité de se faire jour et perpétué l'erreur ».

Cependant, les idées de Nœgelé ne furent pas universellement admises. Capuron, Maygrier et Sentex en France, C. Shrœder en Allemagne, Playfair, Murphy et Swayne en Angleterre, contestèrent aux O. I. D. P. la nouvelle place qui leur était assignée dans la classification. Playfair notamment (*Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*) écrit: « Je pense, avec bien des auteurs modernes, que la position O. I. D. A. considérée par Nœgelé comme un stade transitoire de la marche naturelle de l'O. I. D. P. est beaucoup plus commune qu'il ne le croyait » (p. 347) et il donne le tableau statistique suivant:

	O. I. G. A.	O. I. D. A.	O. I. D. P.	O. I. G. P.	NON CLASSÉES
Simpson et Barry	70		29		1
Nœgelé père.....	64.64		32.88		2.47
Nœgelé Junior .	76 45	0 29	22 68	0 58	
Dubois.....	70.83	2.87	25.66	0.62	
Murphy..	63,23	16.18	16.18	4.42	
Swayne.	86.36	9.79	1.04	2.8	

Remarquons, en passant, que, dans la statistique de Swayne, telle du moins que la rapporte Playfair, les O. I. G. P. seraient deux fois plus fréquentes que les O. I. D. P.

Quoi qu'il en soit, les partisans des anciens ne firent guère école et, en France notamment, les idées de Nœgelé trouvèrent de nombreux et zélés défenseurs. Velpeau, Paul Dubois, Cazeaux, vérifient et soutiennent les concep-

tions nouvelles touchant les occipito-postérieures, tout en faisant, cependant, à leur variété gauche, une part plus large que ne l'avait fait Nœgelé. C'est ainsi que P. Cazeaux (*Tr. des Acc.,* 8e édit., Paris, 1870, p. 298) rapporte et fait sienne cette statistique de Dubois. Sur 1913 accouchements par le sommet, on a rencontré :

O. I. G. A. :	1355	fois, soit	70,83 %
O. I. D. P. :	491	—	25,66 %
O. I. D. A. :	55	—	2,87 %
O. I. G. P. :	12	—	0,62 %

Ainsi donc, si nous exceptons quelques protestataires, *on peut dire qu'avec Nœgelé finit la période historique proprement dite de la présentation du sommet et commence la période moderne.* Avant lui on peut, *en résumé,* considérer comme suit l'évolution des idées : *de l'aube de la science à Solayrès* l'obscurité presque complète règne concernant les positions d'engagement de la tête fléchie et leur variété. On ne sait guère qu'une chose : la tête descend et se dégage face en dessous, c'est le cas le plus fréquent, l'accouchement légitime ; la tête descend et se dégage face en dessus, c'est une posture rare et contre-nature. *Avec Solayrès,* les différentes variétés de positions du sommet se distinguent, mais les variétés antérieures sont de beaucoup les plus fréquentes, les postérieures sont rares, se dégagent toujours en sacrée sauf rotation insolite et, par conséquent, de pronostic sévère. Entre O. I. D. P. et O. I. G. P. pas ou peu de différence tant au point de vue de la fréquence que de l'évolution. Un demi siècle durant, *jusqu'à Nœgelé, ces conceptions subsistent,* puis c'est le bouleversement dont nous avons parlé, la période moderne qui commence. En ce qui nous intéresse, notamment, nous

voyons les O. I. D. P. passer du rang de position exceptionnelle à celui de position commune, les O. I. G. P. gardant leur situation de variété rare, inexistante même ou presque, si l'on en croit les statistiques de Nœgelé. Ajoutons que pour l'auteur allemand et la majorité de ses élèves, les occipito postérieures ne diffèrent guère l'une de l'autre que par leur fréquence, leur pronostic est devenu favorable puisque leur évolution en O. P. est considérée comme la règle.

DEUXIEME PARTIE

PERIODE MODERNE

(DE NŒGELÉ A NOS JOURS)

Si maintenant nous passons en revue, touchant les occipito-postérieures, les opinions des principaux accoucheurs où maîtres de cette période, si nous analysons les principaux travaux parus sur la question, nous verrons que si l'accord est à peu près complet en ce qui concerne le pourcentage des O. I. D. P. (il oscille entre 26 et 33 %) leur évolution et leur pronostic, l'on n'en peut dire autant des occipito-gauches postérieures.

§ 1. — LA FRÉQUENCE DES O. I. G. P.

Nous avons déjà donné la statistique de Nœgelé et celle de Dubois. Dans celles qui vont suivre il n'est question que de positions constatées pendant le travail.

TARNIER et CHANTREUIL, sans donner de chiffres, proposent l'ordre suivant: O. I. G. A., O. I. D. P., O. I. G. P., O. I. D. A.

BATAILLARD, dont la statistique établie sur « les bulletins cliniques de la Maternité de Lariboisière » porte sur trois

années (1885-86-87), établit, comme suit, la fréquence des variétés du sommet :

O. I. G. A. : 61,32 %. — O. I. D. P. : 26,70 %
O. I. G. P. : 10,47 %. — O. I. D. A. : 0,94 %

Trois ans plus tard, en 1892, paraît dans les *Archives de Tocologie et Gynécologie,* l'important travail de M. Vallois sur les occipito-postérieures. Du 1er janvier 1881 au 31 décembre 1890, écrit M. Vallois, il y a eu (à la Maternité de Nancy), 2.000 accouchements par le sommet et, sur ce nombre, l'occiput s'est présenté :

1319 fois en G. A. — 670 fois en D. P.
9 fois en G. P. — 3 fois en D. A.

ce qui donne :

O. I. G. A. : 65,95 %. — O. I. D. P. : 33,5 %
O. I. G. P. : 0,45 %. — O. I. D. A. : 0,15 %

L'année suivante, dans une très sérieuse étude portant sur 2.876 accouchements par le sommet, M. Corbière a trouvé le sommet engagé :

1.776 fois en O. I. G. A., soit 62,94 %
752 — O. I. D. P., — 26,22 %
228 — O. I. G. P., — 7,95 %
111 — O. I. D. A., — 3,87 %

Les chiffres de Guerrero, ceux du moins qui concernent les O. I. G. P., sont assez voisins des précédents ; sur 3.104 accouchements par le sommet (années 1890, 11, 12, de la Clinique Baudelocque), on a rencontré :

746 O. I. D. P., soit 20 %
229 O. I. G. P., — 5,86 %

Mlle Botkowskaia (Stat. de la Clinique d'Assas) donne un pourcentage notablement moins élevé.

O. I. D. P.: 15,9 % des acc. en général

O. I. G. P.: 2,68 % des acc. en général, soit 2, 83 % des accouchements par le sommet si l'on admet pour ces derniers la fréquence de 95 %.

Avec Lapeyre (Th. Montpellier, 1899), nous retrouvons pour les O. I. G. P. la fréquence indiquée par M. Vallois, fréquence fort différente de celle que M. Maygrier assigne à cette variété de position si nous en jugeons par un de ses articles de la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* (1901, p. 181) où il écrit: « La proportion des occipito-iliaques antérieures qui sont presque toujours des gauches étant en moyenne de 60 %, il reste 40 % pour les postérieures. Parmi ces dernières, la droite est environ deux fois plus fréquente que la gauche ». Pour ce maître, on trouverait donc pour cent accouchements en présentation du sommet: 27 O. I. D. P.; 13 O. I. G. P. Ce pourcentage des gauches postérieures est le plus élevé que nous eussions noté au cours de nos recherches documentaires.

Les proportions tirées par Dimitroff (1908), d'une statistique portant sur cinq années de la Clinique obstétricale d'Audebert, sont bien moins élevées. Sur cent présentations du sommet l'on aurait rencontré:

O. I. D. P.: 26,23 fois; — O. I. G. P.: 3,31 fois

Presque à la même époque, Lacrotte, dans sa thèse, accorde aux O. I. G. P. une fréquence moins élevée encore: 2,59 %.

Cette proportion est pourtant considérable si on la compare à celle que l'on peut déduire de l'étude que notre ancien chef de service, le Dr R. Riss, chirurgien de la Ma-

ternité de Marseille, fit des occipito-postérieures dans la *Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et pédiatrie* d'août 1908.

M. Riss, qui considéra surtout les O. I. G. P. au point de vue de leur évolution et de leur pronostic, ne s'est pas attaché à établir le pourcentage exact de cette variété de position. Cependant, si l'on considère que sa statistique porte sur dix ans, que durant cette période il releva seulement 35 présentations du sommet en G. P. alors que les registres accusent 6.898 accouchements; si, d'autre part, on admet que 95 % de ces accouchements furent des présentations du sommet, on trouve pour les O. I. G. P. : *0,53 %*.

Nous allons terminer cette revue statistique par l'exposé succinct des chiffres donnés par les principaux manuels classiques:

Bar et Brindeau:

O. I. G. A.: 59,95 %. — O. I. D. P.: 32 %
O. I. G. P.: 7,3 %. — O. I. D. A.: 0,43 %

(Proportions obtenues par les auteurs en prenant la moyenne des chiffres donnés par les statistiques de Pinard Bataillard et de M. Vallois.)

In Ribemont-Desaignes et Lepage nous trouvons rapportée la statistique de MM. Pinard et Lepage portant sur dix années (1891 à 1900) de la Clinique Baudelocque. On a rencontré, le bassin étant normal:

O. I. G. A.: 56,31 %. — O. I. D. P.: 24,65 %
O. I. G. P.: 5,11 %. — O. I. D. A.: 0,95 %
O. I. G. T.: 4,50 %. — O. I. D. T.: 3,60 %

Pour Fabre, on trouve sur cent accouchements par le sommet :

65 fois O. I. G. A. — 21 fois O. I. D. P.
0,5 fois O. I. G. P. — 1,5 fois O. I. D. A.

Cette statistique est, croyons-nous, en France, la seule statistique classique actuelle qui donne encore aux O. I. D. A. une fréquence supérieure aux O. I. G. P. MM. Maygrier et Schwaab, Dubrisay et Jeannin donnent, dans leurs précis respectifs, des chiffres comparables qui sont pour les occipito-postérieures :

O. I. D. P. : 30 %. — O. I. G. P. : 9 %

Dans son tout récent ouvrage, M. Rouvier, d'Alger, adopte aussi, les mêmes proportions.

De ce qui précède, *il apparaît donc clairement que le désaccord est complet parmi les accoucheurs au sujet de la fréquence des occipito-gauches postérieures.* Pour nous résumer, nous allons classer comme suit, les quinze statistiques rapportées plus haut.

I. — Statistique donnant aux O. I. G. P. une *fréquence au-dessous de* 1 °/₀	3	*Statistique de* MM. Vallois, Riss, Fabre.
II. — Statistique donnant aux O. I. G. P. une *fréquence comprise entre* 2 et 6 °/₀	5	*Statistique de* : Botkowskaia, Guerrero, Lacrotte, Dimitroff, Pinard-Lepage.
III. — Statistique donnant aux O. I. G. P. une *fréquence comprise entre* 7 et 10 °/₀	5	*Statistique de* : Corbière, Maygrier-Schwaab, Dubrisay-Jeannin, Bar, Rouvier.
IV. — Statistique donnant aux O. I. G. P. une *fréquence comprise entre* 10 et 13 °/₀	2	*Statistique de* : Varnier-Bataillard, Maygrier.

Et maintenant, voyons quels sont les résultats de notre statistique personnelle.

Nos recherches ont porté sur les accouchements qui se

sont faits à la Maternité de Marseille pendant une période de plus de cinq années (1er janvier 1918 au 20 janvier 1923). Sauf pour deux O. I. G. P. où le bassin était légèrement touché, *nous n'avons tenu compte que des cas où le pelvis avait été reconnu normal et le poids fœtal non inférieur à 2 kil. 500.* Or, *sur les 4.808 présentations du sommet que nous avons retenues* après avoir trié, une à une, plus de 6.000 observations, nous avons rencontré:

3.411 O. I. G. A.	—	1.351 O. I. D. P.
19 O. I. G. P.	—	5 O. I. D. A.
11 O. I. G. T.	—	6 O. I. D. T.
22 O. P.		
16 O. S.		

ce qui donne pour les positions obliques:

O. I. G. A.: 70,94 %	—	O. I. D. P.: 28 %
O. I. G. P.: 0,39 %	—	O. I. D. A.: 0,1 %

A propos de la fréquence que nous attribuons aux O. I. G. P., une réflexion s'impose. Nous avons signalé 16 cas d'occipito-sacrées dans lesquels le diagnostic de la position primitive n'avait pas été fait (bosse séro-sanguine rendant le toucher difficile, ou examen tardif sur des femmes arrivées en travail).

Or, si l'on admet avec la presque unanimité des auteurs, que les O. I. D. P. tournent très rarement en O. S., que cette rotation est plus exceptionnelle encore pour les variétés antérieures du sommet, on peut logiquement avancer que les trois quarts ou même les quatre cinquièmes au moins de ces O. S. (soit une douzaine en l'espèce), provenaient d'occipito-gauches postérieures primitives. Il y a plus, onze fois la tête fut reconnue en G. T. Or, il est avéré

de nos jours que, dans les bassins normaux, les positions transverses ne sont pas des positions d'engagement mais des positions de travail. Sur les onze cas d'O. I. G. T. que nous mentionnons, neuf fois le travail durait déjà depuis plus de quinze heures et, huit fois, l'on dût terminer par une application de forceps. Il est donc à supposer qu'il s'agissait là encore, d'O. I. G. P. primitives en train d'effectuer leur rotation. Additionnons ces onze cas aux douze d'occipito-sacrées que nous avons retenus et *nous verrons le pourcentage des O. I. G. P. passer de 0,39 à 0,87 %.*

C'est là, en tout cas, le maximum de fréquence que nous puissions attribuer aux occipito-gauches postérieures, étudiées comparativement aux autres variétés de positions du sommet.

§ 2. — L'accouchement dans les O. I. G. P.

Sa durée,

Son évolution,

Son pronostic

Les anciens auteurs, nous l'avons vu, portaient sur les occipito-postérieures, sur les positions « face en-dessus », un pronostic sévère. Lorsque avec Solayrès, les accoucheurs apprirent à distinguer les O. I. G. P. des O. I. D. P., l'on ne fit guère de différence entre ces deux variétés. Dans les deux cas, la rotation s'opérait presque fatalement en O. S., c'était deux postures aussi peu désirables l'une que l'autre. Nœgelé, nous l'avons vu, négligea les O. I. G. P.; ce sont pour lui des positions rarissimes ayant même évolution, même pronostic que les O. I. D. P. Moreau, Cazeaux ne partagent pas cet avis. Nous avons, chemin faisant,

donné l'opinion du premier de ces accoucheurs, Quant à Cazeaux, il écrit: « Dans les positions occipito-postérieures, la position postérieure gauche m'a toujours paru offrir beaucoup plus de difficultés que la position droite. L'engagement de la tête est, en général, plus difficile et sa rotation beaucoup plus lente à s'opérer. Assez souvent même, l'occiput reste en arrière, met obstacle à la terminaison spontanée du travail et l'application du forceps, qui devient alors nécessaire, est beaucoup plus laborieuse » (p. 319).

Tarnier ne fait pas cette différence pronostique entre les occipito-postérieures. Il expose seulement qu'elles sont, dans leur ensemble, moins favorables que les antérieures. « La présence de l'occiput en arrière, écrit-il, est une des causes les plus fréquentes de la prolongation du travail. En général, celui-ci dure quatre à cinq heures de plus que dans les O. antérieures. Aussi, est-il important, au point de vue du pronostic, de faire une distinction entre les positions occipito-antérieures et les occipito-postérieures ». (Tarnier et Chantreuil, *Tr. d'Acc.*, Paris, 1888, t. I, p. 698.)

Gaulard (*Cours d'Acc.*, Paris 1886), Charpentier (*Tr. prat. des Acc.*, Paris 1883) s'expriment à peu près de même.

Pas de mention spéciale, non plus, quant aux O. I. G. P. dans la thèse de Bataillard. Pour lui, le pronostic des occipito-postérieures en général est presque aussi favorable que celui des antérieures. Le défaut de flexion prolonge bien un peu la durée du travail, mais la rotation en O. P. s'opère presque toujours, le dégagement en O. S. est exceptionnel (2 % à peine) et, en tout cas, inoffensif pour la mère et l'enfant. L'auteur compte, dans les occipito-posté-

rieures, 6,7 applications de forceps sur cent accouchements, 3,9 % dans les variétés antérieures.

C'est dans le travail de M. Vallois, que nous rencontrons, pour la première fois, avec chiffres à l'appui, une discussion serrée du pronostic et de l'évolution des occipito-gauches postérieures, comparés au pronostic et à l'évolution des O. I. D. P. Sur 2.000 présentations du sommet, M. Vallois, nous l'avons dit, a relevé *neuf gauches postérieures.* Sur ce nombre, *cinq fois la terminaison fut spontanée, quatre fois on dut intervenir par une application de forceps. Sur les cinq cas d'évolution spontanée, la tête se dégagea deux fois en O. P., trois fois en O. S.* Ce dernier *modus faciendi* rendit le travail plus long, mais il n'y eut pas de déchirure périnéale, la terminaison fut favorable pour la mère et l'enfant. *Dans les quatre cas où l'on intervint, la rotation et le dégagement se firent en occipito-sacrée;* deux fois, l'enfant succomba et il y eut, sur une faible hauteur, déchirure complète du périnée. *La durée du travail* avait été de plus de vingt-quatre heures dans un cas, de trente-six heures dans deux autres observation.

Comparativement, quels furent l'évolution et le pronostic des 670 cas de droites postérieures que comporte la statistique de M. Vallois? *Sur ces 670 O. I. D. P.,* on note *649 acc. spontanés en O. P. une seule terminaison en O. S.,* en tout point favorable et pour la mère et pour l'enfant.

Il y eût 20 applications de forceps sans aucun dégagement en sacrée. Au cours de ces interventions, on nota sept déchirures incomplètes du périnée. Dans un seul cas, l'enfant, un gros fœtus de 4.000 grammes ne put être ranimé.

Rapportons à 100 ces résultats, nous obtiendrons:

Pour les O. I. D. P.:

Dégagement spont. en O. P...	96,88 %
Dégagement spont. en O. S...	0,14 %
Applications de forceps.....	2,98 %

Pour les O. I. G. P.:

Dégagement spont. en O. P...	22,2 %
Dégagement spont. en O. S....	33 %
Applications de forceps.....	44 %

La différence est donc grande entre les O. I. D. P. et les O. I. G. P. De plus, ces dernières « *sont souvent mal diagnostiquées et confondues avec les droites antérieures* ce qui entraîne tous les inconvénients d'une pareille erreur lors des interventions ». Comparées aux occipito-antérieures, les O. I. D. P. sont légèrement moins eutociques, le travail, notamment, y est plus long. Quant aux applications de forceps leur pourcentage est sensiblement le même (2,98 % pour les O. I. D. P., 2,95 % pour les occipito-antérieures).

La thèse de Corbière nous donne des conclusions toutes différentes. Dans cette statistique, *la durée moyenne du travail se trouve favorable aux gauches postérieures.* Elle est, en effet, inférieure à la durée moyenne des variétés postérieures réunies et, par conséquent, à celle des O. I. D. P. « Sur 958 occipito-postérieures, dit l'auteur, on a eu 182 O. I. G. P.:

104 chez des Ipares où la durée moyenne du travail a été de 15 h. 35.

78 chez des Xpares où la durée moyenne du travail a été de 7 h. 45.

Pour les 958 occipito-postérieures considérées dans leur ensemble, la durée moyenne du travail était:

16 h. 12 chez les Ipares, 9 h. 42 chez les Xpares

Les applications de forceps sont rares. Sur les 182 O. I. G. P., 179 se terminèrent spontanément soit 98,35 %, trois fois, chez des primipares, on dut intervenir à l'aide du forceps, soit 1,63 %. Pour les occipito-postérieures en général, *3,64 applications de forceps pour cent.* D'après l'auteur, *le dégagement en O. S.* est cependant un peu plus fréquent pour les G. P. (3,29 %) que pour les D. P. (1,28 %).

Dans cette statistique, le nombre d'interventions dans les G. P. nous a semblé par trop réduit. Seulement, dans les 38 applications de forceps sur une tête en transverse que rapporte l'auteur, 24 fois l'occiput était en G. T. et le travail durait en moyenne depuis vingt-six heures. Le bassin étant normal, l'auteur ayant éliminé de sa statistique les bassins viciés, on peut admettre, et Corbière en convient quelque part, qu'il s'agissait là de positions intermédiaires, d'occipito-gauches postérieures arrêtées dans leur rotation. *Si donc, nous ajoutons ces cas aux autres, nous voyons la proportion des applications de forceps passer de 1,63 à 13 %.* L'auteur n'en conclut pas moins, dans un sens entièrement favorable aux occipito-postérieures en général:

« Les accouchements par le sommet en variétés postérieures sont un peu plus longs chez les primipares que les accouchements en variétés antérieures, la différence est à peine sensible chez les multipares.

» Les interventions sont un peu plus fréquentes dans les occipito-postérieures, mais elles deviendront de plus en plus rares au fur et à mesure qu'on sera plus convaincu de l'innocuité de ces positions ».

Guerrero, dans sa thèse inspirée par M. Pinard, est d'avis, qu'étudiées dans leur ensemble, les positions postérieures du sommet ne sont défavorables ni pour la mère ni pour l'enfant. « La durée du travail, dans la majorité des cas, n'est pas beaucoup plus longue que dans les variétés antérieures. Les interventions, dans ces accouchements, sont à peu de chose près aussi rares que dans les variétés antérieures ».

Pour l'auteur, *la seule différence que l'on puisse faire entre O. I. D. P. et O. I. G. P. réside dans la durée moyenne du travail.*

Pour les O. I. D. P., on trouve:

Chez les Ipares.....	16 h. 34
Chez les Xpares.....	9 h. 40

Pour les O. I. G. P., on trouve:

Chez les Ipares.....	17 h. 50
Chez les Xpares.....	8 h. 55

Le dégagement spontané en O. S. est rare dans les deux cas (2 fois sur 975 occ. post.). Quant aux *applications de forceps,* elles ont, dans les deux variétés, un pourcentage sensiblement égal. Guerrero relève en effet:

23 applications de forceps sur 746 O. I. D. P. soit 3,08 %

7 applications de forceps sur 229 O. I. G. P., soit 3,05 %

Mlle Botkowskaia arrive à des conclusions assez voisines.

MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage *ne nous signalent pas non plus les O. I. G. P. comme plus dystociques* que la variété symétrique du côté droit. Voici ce qu'on trouve dans leur précis au paragraphe: « Accouchement dans la position gauche, variété postérieure ». « Nous ne pouvons que résumer (pour les O. I. G. P.), en faisant les modifica-

tions nécessaires, ce que nous venons de dire pour l'accouchement de la position droite variété postérieure... Les deux premiers temps de l'accouchement sont lents à se produire, la flexion ne se fait que tardivement et ce n'est que peu à peu que la descente va s'effectfiuer. Rien d'étonnant, à ce que le mouvement de rotation se fasse à une période avancée du travail. La tête fœtale passe successivement de la position gauche postérieure aux positions gauche transverse, puis gauche antérieure et enfin arrive, plus ou moins rapidement, à la position directe antérieure ».

Dimitroff *ne sépare pas non plus les O. I. D. P. des O. I. G. P.* De la lecture de sa thèse, on peut conclure que:

1° Les occ. postérieures considérées dans leur ensemble se terminent spontanément 93,91 fois sur cent.

2° *Le dégagement en O. S. est exceptionnel* dans les deux variétés. Sur 312 cas d'occipito-postérieures (277 D. P., 35 G. P.), la rotation de l'occiput vers le sacrum n'est relevée que dans quatre cas (soit 1,25 %) et « *contrairement, à ce que disent les auteurs, (que les O. I. G. P. se terminent plus souvent en O. S.) tous les cas d'O. S. avaient une position initiale en O. I. D. P.* ».

3° Le forceps est appliqué 5,76 fois %.

L. Lacrotte, qui nous a donné des occipito-iliaques gauches postérieures une étude consciencieuse portant sur presque douze années d'accouchements (janvier 1895 à mai 1906) à la Clinique obstétricale de la Charité (Lyon), tire de son travail, les conclusions que nous allons résumer:

1° Les O. I. G. P. sont des variétés rares (2,59 %) de la présentation du sommet. Dans plus de la moitié des cas on se trouve en présence soit d'un bassin vicié soit d'un fœtus volumineux.

2° La grande rotation et le dégagement en O. P. sont la règle, les compléments de rotation et le dégagement en O. S. l'exception.

3° L'accouchement dans les G. P., long et laborieux, dure en moyenne 17 heures chez les Ipares, 13 heures chez les Xpares. Ce long retard porte surtout sur la période de dilatation, l'expulsion est, en général, facile.

4° Le pourcentage des applications de forceps est voisin de 13.

5° La morbidité maternelle ne se trouve pas accrue, quant à la mortalité fœtale, on ne relève dans les 194 O. I. G. P. de la statistique qu'une seule terminaison fatale-consécutive à une version podalique.

En somme, il ressort de la thèse de Lacrotte que les O. I. G. P. sont des positions rares, évoluant plus difficilement que les O. I. D. P. mais de pronostic également favorable pour la mère et l'enfant. Elles font toujours partie de l'eutocie.

Telle n'est pas à beaucoup près l'opinion de M. Riss dans son travail sur les occipito-postérieures. « Nous estimons, écrit-il, qu'il y a une distinction très importante à faire entre les variétés postérieures droites et les variétés gauches... et, si l'opinion de Tarnier et des anciens accoucheurs semble un peu exagérée en ce qui concerne le pronostic des postérieures en général, elle est des plus exactes si l'on envisage seulement la terminaison des variétés gauches ».

M. Riss cite, comparativement, à côté de ses 35 cas d'O. I. G. P., *31 cas d'O. I. D. P.* pris parmi les plus récents qui se présentèrent dans son service. Dans ces 31 observations, *il y eut trois applications de forceps* (deux sur des Ipares, une chez une Xpare) nécessitées par la prolongation de la période d'expulsion.

La durée du travail est généralement augmentée : *sur 11 Ipares,* elle a dépassé cinq fois, dans des proportions variant de quatre à treize heures, la moyenne de sept heures et demie. Dans les autres cas, elle a été égale ou légèrement inférieure à la normale.

Sur 20 Xpares la durée du travail a, dans onze cas, dépassé notablement la moyenne :

5 fois la moyenne a été dépassée de 2 à 4 heures
4 fois — — 8 à 9 heures
1 fois — — 24 heures
1 fois le travail a duré 6 jours.

Les neuf autres cas n'ont pas été modifiés dans leur durée.

Passant ensuite en revue les *35 cas d'O. I. P. G.* de sa statistique, M. Riss a rencontré *14 fois seulement la terminaison spontanée* de l'accouchement, *21 fois on dut intervenir.*

Dans les 14 cas d'accouchement spontané, la rotation se fit 9 fois en O. P., 5 fois en O. S.

Des 21 interventions, 16 furent pratiquées chez des Ipares, 5 chez des Xpares. Elles ont consisté en applications de forceps ; dans un cas, on dut, au préalable, recourir à la symphyséotomie.

Au cours de ces interventions :

13 fois la rotation put se faire en O. P.
8 fois l'occiput tourna vers le sacrum.

En ce qui concerne *la durée du travail* dans les gauches postérieures, M. Riss fit les constatations suivantes :

Sur 17 Xpares, il y eut dans 13 cas augmentation de la durée du travail:

5 fois de 2 à 4 heures.
2 fois de 5 à 8 heures.
6 fois de 13 à 70 heures.

Dans les cas où la durée de l'accouchement a été normale ou même inférieure à la normale, il s'agissait de fœtus n'atteignant pas 3 kilogrammes. En ne tenant pas compte de cette condition, la *durée du travail chez ces 17 multipares fut de vingt-quatre heures* au lieu de dix, chiffre moyen trouvé pour les O. I. D. P.

Pour les 18 primipares de la statistique *même durée moyenne* de 24 heures, mais, dans deux cas seulement, la durée du travail n'a pas été supérieure à la normale. L'exagération de la durée du travail est donc plus constante que chez les multipares.

En résumé, on pourrait présenter comme suit les résultats du travail de M. Riss:

O. I. D. P.:

Terminaison spontanée ..... 90 %
Applications de forceps..... 9 à 10 %

La terminaison en O. S. est exceptionnelle, puisque sur 31 cas, elle n'a pas été rencontrée une seule fois.

La durée moyenne du travail ne dépasse pas de beaucoup celle des occ. antérieures.

O. I. G. P.:

Terminaison spont.: 40 % (en O. P., 25,3; en O. S., 14,7)
Applications de forceps: 59 %, avec 23 rotations en O. S.
La conversion en occipito-sacrée est fréquente: 37 %.
La durée du travail considérablement augmentée.

Et nous dirons: « Si le pronostic des variétés droites diffère peu de celui des variétés antérieures, il en est autrement pour les gauches postérieures. Ces dernières justifient, dans la plupart des cas, les craintes des anciens accoucheurs. On peut poser en principe que, chez les primipares, l'intervention est la règle dans les gauches postérieures. En effet, sur les 35 cas de variétés gauches cités dans notre statistique, nous relevons 18 primipares. Seize d'entre elles ont dû subir une intervention. Les deux qui ont accouché spontanément ont mis au monde des prématurés ».

L'opinion du Pr Fabre (*Précis d'Obstétrique*, 1915) touchant les occipito-postérieures est, évidemment, voisine de celle de son élève Lacrotte. *Dans les O. I. D. P.*, le travail est un peu plus long que dans les positions antérieures mais, le plus souvent, c'est l'évolution spontanée et le dégagement de la tête en occipito-pubienne que l'on observe. « Quand la flexion ne se produit pas, la rotation n'a pas lieu ou bien elle se fait en arrière en occipito-sacrée. Cette rotation défectueuse se produit environ deux fois sur cent ».

Pour les O. I. G. P., le travail présente les particularités suivantes: « L'engagement est habituellement retardé. Il n'est pas rare de constater, même chez les primipares, qu'il n'est pas réalisé au début du travail. Ce retard tient essentiellement à l'absence du temps complémentaire, la flexion ». C'est vraisemblablement pour la même raison que le temps de descente est long et pénible. « La terminaison spontanée de l'accouchement dans les G. P. ne se voit que dans 87 % des cas (Lacrotte). Même dans ces cas favorables, le travail est toujours très long, l'accoucheur doit s'armer de patience ». La rotation de l'occiput dans

la concavité sacrée s'observe dans 4 % des cas environ. Rappelons, en passant, l'opinion du Pr Fabre en ce qui concerne la rotation de la tête en O. P. Contrairement à l'immense majorité des accoucheurs qui estiment que le mouvement s'effectue seulement lorsque le sommet, entièrement fléchi, appuie sur le plancher périnéal, le professeur de Lyon pense que la rotation s'accomplit pendant la descente « par un mouvement de pas de vis qui commence à la partie moyenne de l'excavation et se termine au détroit inférieur... rarement la rotation se fait au détroit supérieur, quelquefois elle se produit sur le plancher indépendamment de la descente ».

In *Traité d'Accouchements* de Bar et Brindeau, Puech s'exprime ainsi sur les positions postérieures du sommet: « De tout temps, les accoucheurs ont établi au point de vue du pronostic, une distinction entre les positions antérieures et les positions postérieures. Les occipito-postérieures et, particulièrement les G. P. (Capuron, Velpeau, Depaul), rendraient l'accouchement beaucoup plus pénible, nécessiteraient souvent l'intervention et, ainsi, exposeraient la mère et l'enfant à plus de risques. Ces craintes sont très exagérées. ». M. Puech reconnaît par la suite, que les occipito-postérieures sont moins favorables que les antérieures, mais ne fait pas de mention spéciale pour les O. I. G. P.

MM. Dubrisay et Jeannin, Wallich, J. Rouvier arrivent aussi à ces mêmes conclusions. Dans les occipito-postérieures, dit M. Wallich, « le travail est plus long à cause de la mauvaise flexion de la tête ». Rarement, la rotation se fait en O. S., la durée du travail se trouve alors légèrement accrue. *La mortalité fœtale est peu sensible* entre les antérieures (2,76 %) et les postérieures (3,28 %).

Les *applications de forceps* sont de 3,65 % dans les occipito-antérieures, de 10,25 % dans les occipito-postérieures. M. Wallich ne mentionne pas spécialement les O. I. G. P.

Quant à MM. Maygrier et Schwaab, après avoir insisté sur la longue durée du travail, l'irrégularité des contractions, le siège lombo-sacré des douleurs et la fréquence de l'œdème du col, dans les occipito-postérieures, ils ajoutent: « Les positions gauches postérieures sont plus défavorables d'habitude que les droites postérieures ».

Voyons maintenant ce qu'il ressort de *notre statistique* en ce qui concerne la durée du travail, l'évolution, le pronostic des O. I. G. P. comparées aux O. I. D. P.

Sur les 1351 O. I. D. P. que nous avons relevées:

1.301 fois l'accouchement se fit spontanément.
50 fois l'on dut intervenir.
15 fois sur la totalité des cas, la rotation et le dégagement se firent en occipito-sacrée.

Les interventions consistèrent toutes en des applications de forceps. Dans un cas cependant, l'instrument ayant dérapé deux fois, la tête, à peine fixée, fut soulevée, l'on pratiqua le toucher manuel et l'on reconnut ainsi la présence de nombreux circulaires autour du cou de l'enfant. L'accouchement fut terminé par version, le fœtus était mort. Les 49 applications de forceps se répartissent ainsi:

Pour souffrance de l'enfant: 9 (4 sur la tête en O. P.; 5 sur la tête en O. I. D. T.).
Pour inertie: 24 (22 sur la tête en O.P., 2 sur la tête en O.S.)

Pour défaut de rotation: 13 (3 fois l'on reconnut une brièveté du cordon).
Pour infection amniotique: 2.
Pour fibrome utérin: 1.

La durée moyenne du travail établie chez 25 multipares et autant de primipares, a été trouvée de:

8 h. 42 chez les Xpares.
15 h. 25 chez les Ipares.

Donc, *comparées aux occipito-antérieures, les O. I. D. P. ne se distinguent guère que par la durée un peu plus longue du travail portant surtout sur la période de dilatation.*

L'*évolution spontanée* est presque *aussi fréquente :* 96,3 %.

Les *interventions* presque aussi rares: 3,7 %.

Le *dégagement en O. S. exceptionnel:* 1,11 %.

La *morbidité maternelle* et la *mortalité fœtale* ne nous ont pas paru sensiblement accru.

Si nous passons, maintenant, à l'examen des *O. I. G. P.* dont nous rapportons les observations, nous voyons que *sur 19 cas,* 8 nécessitèrent une application de forceps, 11 fois seulement, l'accouchement eut lieu spontanément. Du reste, *dans les O. I. G. P.,* bien plus que dans les autres variétés du sommet, *une distinction fondamentale nous semble devoir être établie entre les primipares et les multipares.*

Chez les primipares, nous poserons en principe que le travail est souvent désespérément long, pénible pour la femme et pour ceux qui l'assistent. Fréquemment, on devra terminer par une application de forceps. L'accouchement spontané est rare, quand il se produit le dégagement se fait le plus souvent en O. S.

Considérons, en effet, les neuf cas d'O. I. G. P. chez des primipares, que comporte notre statistique.

Au point de vue de la durée du travail:

3 fois seulement celui-ci se maintint dans les limites normales (entre 10 et 14 h.), observations I, III, XI.
2 fois il se prolongea entre 17 et 20 h., obs. X, XIV.
2 fois il se prolongea entre 30 et 35 h., obs. VII, IX.
1 fois il se prolongea pendant 58 h., obs. XIX.
1 fois enfin, il dura presque 4 jours, obs. XVIII.

Comme durée moyenne, nous avons établi: 32 heures.

Au point de vue de l'évolution, nous voyons que:

1° Deux fois seulement l'accouchement se termina spontanément et avec rotation de la tête en occipito-sacrée.

2° Sept fois l'on dut pratiquer une application de forceps. La rotation se fit: six fois en O. P., une fois en O. S.

L'intervention fut toujours imposée par la longue durée du travail, le défaut ou l'insuffisance de la rotation interne de la tête.

La *mortalité fœtale* ne nous a pas semblé être sensiblement influencée dans l'accouchement en O. I. G. P. chez les primipares, puisque nous ne relevons pas une terminaison fatale.

Par contre, la *morbidité maternelle* s'est traduite par cinq déchirures périnéales du reste incomplètes et de suites bénignes. Quatre fois, le forceps était en cause, une fois la lésion fut imputable au dégagement spontané en O. S.

Ces lésions mécaniques exceptées, les suites de couches ne présentèrent rien de bien anormal.

Chez les multipares, la marche des O. I. G. P. se rap-

proche beaucoup plus de l'eutocie. Sans doute, la durée du travail est relativement longue encore, la rotation en O. S. assez fréquente, mais l'intervention instrumentale est exceptionnelle, la morbidité maternelle normale. C'est ce qui ressort de l'analyse de nos dix cas :

En ce qui est de la durée du travail, si nous acceptons comme chiffre moyen pour les variétés antérieures du sommet celui de 7,30, nous voyons que :

4 fois la durée de l'accouchement resta égale ou inférieure à la moyenne (observ. V, VIII, XII, XVI).
3 fois le travail dura de 9 à 10 h. (observ. II, VI, XV).
1 fois le travail dura 15 heures (observ. XVII).
2 fois il se prolongea entre 20 et 24 h. (obs. IV et XIII).

Au point de vue de l'évolution, on ne note qu'une seule application de forceps avec dégagement en O. P.

Neuf fois, l'accouchement se termina spontanément.

Dans cinq cas, la rotation se fit en O. P., *dans les quatre autres* elle eut lieu en O. S.

Deux fois (lors de l'intervention et au cours d'un dégagement spontané en O. P.) il y eut éraillure du périnée.

Nous ferons remarquer, maintenant, que nous n'avons pas vu se confirmer, au cours de nos observations, cette opinion de Lacrotte que les O. I. G. P. se présentent le plus souvent dans un bassin vicié et avec un gros enfant. Sur dix-neuf cas, nous rapportons seulement deux cas de bassins à peine touchés et, quand au fœtus, son poids moyen ne s'est guère élevé au-dessus de la normale (3.329 au lieu de 3.250).

Ainsi donc, si nous voulons *résumer en quelques lignes* ce que nous venons d'écrire touchant les O. I. G. P., les comparer aux O. I. D. P., nous dirons :

Les O. I. G. P., considérées dans leur ensemble, évoluent

plus lentement que la variété symétrique du côté droit. Le dégagement en O. S. y est courant, les applications de forceps sont chose fréquente. Ceci est surtout vrai, pour les primipares, chez elles, l'évolution spontanée est l'exception, la terminaison artificielle la règle.

Tableau Comparatif

	O. I. D. P		O. I G. P.	
	X pares	I pares	X pares	I pares
Durée moyenne du travail	8 h. 42	15 h. 25	10 h. 20	32 h.
Evolution spontanée en O. P.	95,2 °/₀		50 °/₀	le plus souvent en O S.
Evolution spontanée en O. S.	1,1 °/₀		40 °/₀	
Application de forceps . . .	3,7 °/₀		10 °/₀	77 °/₀

N. B. — Si nous faisions entrer en ligne de compte les douze cas d'O. S. et les onze cas de gauches transverses que nous avons retenus au précédent paragraphe, comme provenant d'O. I. G. P. primitives, non diagnostiquées, les chiffres que nous venons de donner resteraient sensiblement les mêmes, notamment, en ce qui concerne la fréquence des applications de forceps chez les primipares, puisque, sur les huit cas d'O. I. G. T. qui nécessitèrent une intervention instrumentale, cinq appartenaient à des primipares. Sur les trois cas de G. T. qui évoluèrent spontanément, deux se présentèrent aussi chez des primipares.

§ 3. — Quelques mots sur le mécanisme des O. I. G. P.

Comment expliquer cette notable différence d'évolution entre les occipito-droites et les occipito-gauches postérieures? Certains ont invoqué la présence du côlon sigmoïde qui, s'interposant à gauche entre l'utérus et les parois de l'excavation, gênerait d'abord la descente, puis s'opposerait à la rotation de l'occiput vers le pubis. Il se peut que cette explication contienne une part de vérité, mais celle que M. Riss adopta, à la suite de plus d'un maître, nous paraît pour le moins aussi satisfaisante: « Il est logique, écrit-il, de faire intervenir la différence de longueur entre les diamètres obliques droit et gauche, différence démontrée par la fréquence plus grande des variétés gauches lorsqu'il s'agit des positions antérieures. Le diamètre oblique droit est suffisant lorsque l'occiput est en avant parce que la flexion de la tête atteint son maximum. Il est juste, et parfois, insuffisant, dans les variétés postérieures parce que la déflexion est presque la règle et que, dans ces conditions, la tête fœtale offre au bassin un diamètre voisin de l'occipito-frontal ».

Enfin, il n'est pas impossible, et Mlle Mouren au cours de sa longue pratique, l'a pu vérifier en un cas, que l'épine sciatique gauche s'oppose à la rotation de la tête en avant, si surtout, le mouvement a tendance à s'effectuer avant la complète descente de la présentation.

§ 4. — Traitement des O. I. G. P.

Nous serons brefs, sur ce chapitre, notamment, en ce qui concerne la partie historique, magistralement exposée par M. Vallois dans son étude sur les occipito-postérieures. Disons, cependant, que dans leur crainte des positions « face en-dessus » les anciens accoucheurs conseillèrent longtemps, pour y remédier, la version par manœuvres internes. Mme Lachapelle, Pugh, la pratiquaient encore. Au XVIIIe siècle pourtant, Levret en présence d'une occipito-postérieure faisait une application de forceps et extrayait en O. S. Pour Bataillard, c'est la difficulté que l'on rencontrait à intervenir sur les occipito-postérieures en se servant du vieux forceps droit, qui amena Levret à modifier l'instrument et à lui donner une courbure. Smellie tentait d'ordinaire la conversion en occipito-pubienne (M. Vallois). Son exemple ne fut guère suivi, Solayrès, Baudelocque, Nœgelé, opéraient en O. S. le dégagement de la tête. On reprochait alors à la rotation de tordre le cou de l'enfant; Tarnier, Ribemont-Dessaignes ont fait justice de cette croyance.

Pour opérer cette rotation de la tête, on eût aussi recours à une foule de procédés manuels (voir le travail du Pr Vallois). Baudelocque avait déjà proposé l'emploi de la main pour ramener l'occiput en avant. Avec quelques variantes, Clarke, J. Burns, Bedford, Jacquemier rénovèrent le procédé du vieux maître. A son tour, Tarnier, vers la fin du dernier siècle, imagina son procédé de rotation digitale. Presque en même temps, Loviot innovait sa ma-

nœuvre mixte, manuelle et instrumentale, de nos jours connue de tous et employée par beaucoup.

Actuellement, *comment convient-il de se comporter* vis-à-vis d'une occipito-postérieure et, en particulier, d'une *O. I. G. P.?* Ici, comme bien souvent en obstétrique, nous croyons pouvoir dire que le mot d'ordre doit être : *patience* et pour la parturiente et pour l'accoucheur. Le diagnostic fait, les touchers seront rares, prudents, on évitera soigneusement la déchirure des membranes car, la poche des eaux n'est pas seulement pour le fœtus, un bouclier élastique qui le protège contre l'offense de la contraction utérine, pour la mère, un rempart contre l'infection ascendante, c'est aussi, pour le col, un agent puissant de dilatation et, ici, plus que jamais peut-être, *la dilatation complète est la condition sine qua non de toute intervention heureuse.*

Dans certains cas où la poche des eaux s'étant rompue, la dilatation traîne en longueur et le fœtus donne des signes de souffrance, on a le choix entre deux procédés pour obtenir l'ouverture maxima du col de la matrice : la dilatation bimanuelle suivant les règles établies par Bonnaire et la dilatation au ballon de Champetier. Si rien ne presse trop, c'est à ce dernier moyen que nous donnons la préférence et ce, pour deux raisons : 1° le procédé de Bonnaire ne réalise jamais une dilatation *idéalement complète,* il vient un moment où les doigts antagonistes plaquent le col contre les parois de l'excavation et un bourrelet subsiste quoi qu'on fasse ; 2° *judicieusement appliqué,* un ballon de Champetier peut, non seulement réaliser la dilatation cervicale idéale en suscitant à nouveau le déclanchement du mécanisme naturel, mais encore, parfaire la flexion de la tête et amener, par corollaire, sa descente

complète et sa rotation. Ce rôle du Champetier, nous l'avons vérifié, par nous-même, sur une grosse tête mal fléchie, enggaée en O. I. D. P. Le travail durait depuis une vingtaine d'heures, la poché des eaux était rompue, la dilatation arrêtée à la dimension d'une paume d'adulte. La parturiente étant agitée, subfébrile, on décide de terminer. Un Champetier n° 4 est introduit entre le segment inférieur et la présentation au voisinage de la grande fontanelle. Les contractions ne tardent pas à reprendre, deux heures plus tard la femme expulse son ballon; la dilatation est complète, la tête en transverse et l'on peut terminer par une application de forceps.

La dilatation complète obtenue, avec ou sans intervention, deux cas peuvent se produire:

1° La rotation et l'expulsion s'opèrent spontanément en O. P. ou en O. S. On se bornera alors à surveiller et à diriger le dégagement de la tête.

2° La rotation ne se fait pas. Il faut alors intervenir, comment? Bon nombre de traités et ouvrages classiques conseillent d'essayer, tout d'abord, le procédé de Tarnier pour amener l'occiput plus ou moins près du pubis et terminer, alors, par une application de forceps en opérant, s'il est besoin, un complément de rotation. Si le procédé échoue, on fait sur la tête en O. I. G. P., une prise oblique par rapport à la mère, directe par rapport au fœtus (la concavité des cuillers regardant la face de l'enfant) et l'on doit ensuite faire tout son possible pour amener à l'aide du forceps l'occiput sous le pubis.

En réalité, le plus souvent, *la seule introduction de la main guide fera passer l'occiput de la position G. P. à la position G. T.* (Pinard et Bataillard, Farabeuf et Varnier). « La plupart des applications instrumentales dans

les cas d'occipito-postérieures, écrit M. Puech dans le nouveau *Montpellier Médical* de 1895, sont faites *pour des occipito-postérieures et non sur des occipito-postérieures* », c'est un fait que nous avons pu vérifier par nous-même. Voici du reste l'opinion de MM. Farabeuf et Varnier sur la technique de l'intervention instrumentale dans les G. P. « Sachez-le donc, la position occipito-postérieure gauche est ordinairement transformée avec facilité en position transversale gauche, par la seule introduction de la première main guide. En conséquence, telle sera votre pratique: comptant sur l'action rotatrice de votre première main guide, vous choisirez celle-ci et l'introduirez comme s'il s'agissait d'une position transversale gauche d'emblée », ce qui veut dire que la première main guide sera la main droite.

On l'introduira directement en arrière, bien à plat, sur le sacrum, et sur elle, dans son axe, on glissera la branche gauche première, qui ira occuper la ligne pariéto-malaire gauche du fœtus. Pour la deuxième cuiller, la main gauche guide est introduite, sans le pouce, à droite et en arrière, entre l'ischion et le coccyx. Sur elle, on glisse la cuiller droite que l'on amène par un mouvement spiral voisin de 135°, sur la ligne pariéto-malaire droite de l'enfant, très en avant, derrière le pubis.

L'articulation faite, on a réalisé une prise idéale, directe par rapport à la mère, directe par rapport au fœtus. On fixe le tracteur, on complète la descente, et, alors seulement, (si elle ne s'est faite spontanément pendant la traction) la rotation de la tête. L'extraction se fait ensuite avec toutes les précautions que demande la sauvegarde du périnée. Ajoutons que cette prise idéale, directe, ne peut

toujours être réalisé. Dans certains cas, on se contentera d'une prise fronto-mastoïdienne oblique par rapport à la mère et par rapport au fœtus.

Dans les cas plus rares, où l'introduction de la main guide n'amène pas la rotation de la tête en G. T., il faudra faire la prise classique mentionnée plus haut en ayant soin *de reporter très en arrière les manches du forceps* de façon à bien saisir la tête suivant son axe occipito-mentonnier. Une application mal faite, trop antérieure, risquerait fort de produire la déflexion puis l'enclavement de la tête avec toutes ses conséquences. Le palonnier en place on tire pour amener la tête sur le plancher. La tête tourne en descendant, ou le plus souvent, arrive sur le périnée en conservant sa direction d'engagement. On est alors en présence de deux alternatives: parti de la grande rotation, parti de la petite rotation. Pajot disait: « Essayez la grande rotation si elle est facile, faites-là, si la tête résiste dégagez en occipito-sacrée ». Et, en effet, chercher à amener de force l'occiput sous le pubis, c'est vouloir le clivage de la cloison recto-vaginale ou tout autre délabrement grave de la filière génitale. Supposons que l'on ait obtenu la grande rotation de la tête, le forceps se trouve alors renversé et il convient, croyons-nous, se faire une deuxième prise en employant le procédé indiqué par Rémy, de Nancy. Si l'on s'est trouvé contraint à amener l'occiput dans la concavité sacrée, il faudra, pour épargner le périnée, dégager avec la plus extrême lenteur. (Voir thèse de Bouhey sur l'acc. en O. S.).

Nous n'avons fait qu'esquisser, ici, la conduite à tenir dans l'accouchement du sommet en variété gauche postérieure et, notamment, nous n'avons pas détaillé la tech-

nique de l'application du forceps. C'est qu'il est un ouvrage où elle se trouve lumineusement décrit et que nul, croyons-nous, ne peut se dispenser de lire, nous voulons parler de l' « Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements », de MM. Farabeuf et Varnier.

OBSERVATIONS

Observation I
(Inédite)

Année 1918, n° 167.

Marie C..., 16 ans, primipare.

Dernières règles : mi-juin ; bonne grossesse, bassin normal.

Cette femme arrive à la salle de travail le 17 mars, à 21 heures, souffrant depuis le milieu de l'après-midi (15 heures). A peine couchée, la poche des eaux se rompt. On pratique le toucher obstétrical :

Le col est complètement effacé ; dilatation : 2 francs.

Le bregma est aisément perçu en avant et à droite.

Le doigt n'atteint pas la petite fontanelle.

Les contractions utérines sont fortes et suivies.

Le 18, à 2 heures, la dilatation est complète ; une grosse bosse séro-sanguine gêne l'exploration ; la femme pousse et, à 4 h. 30, *expulse en occipito-sacrée* un fœtus du sexe masculin, criant aussitôt. La délivrance naturelle se fait une heure après la sortie de l'enfant. *Le périnée est intact.*

Poids fœtal : 3.550. Poids placentaire : 500 grammes. *Durée du travail :* treize à quatorze heures approximativement. *Suites de couches :* normales.

Observation II

(Inédite)

Année 1918, n° 423.

Angèle P..., 26 ans. Tripare.

Dernières règles du 15 au 20 septembre 1917. Bonne grossesse; bassin normal.

Premières douleurs le 28 juin, à 3 heures; la femme descend à la salle de travail.

Examen. — Palper, sommet engagé en gauche; auscultation: positive à gauche avec maximum en arrière près de la colonne vertébrale; toucher: dilatation 1 franc; à travers la poche des eaux intacte, on sent la fontanelle sagittale dirigée dans le sens du diamètre oblique droit.

A 10 heures, la dilatation est complète; on rompt la poche des eaux; la tête se trouve alors en transverse, la fontanelle bregmatique encore accessible à l'extrémité droite du diamètre transverse. La femme pousse, la rotation se termine et, après deux heures d'efforts, *expulse en O. P.* avec latérocidence d'une main ayant un circulaire du cordon, un fœtus masculin criant aussitôt.

Le périnée est intact. La délivrance naturelle se fait un quart d'heure après. Poids fœtal: 3.080. P. placentaire: 480. *Durée du travail:* neuf heures. *Suites de couches:* normales.

Observation III

(Inédite)

Année 1919, n° 200. Louis B..., 33 ans, primipare. D. règles: 8 au 12 juillet, bonne grossesse, bassin normal.

Cette parturiente arrive à la salle de travail le 11 avril, à 10 heures. On l'examine:

Palper : sommet fixé en gauche. Auscultation positive à gauche et en arrière. Toucher : poche des eaux intacte. Col effacé, dilatation : pièce de cinquante centimes ; on sent la suture sagittale dans le sens du diamètre oblique droit.

Les douleurs, assez fortes, restent espacées jusqu'à 16 heures. Elles deviennent alors plus suivies, la poche des eaux se rompt et donne issue à un liquide légèrement verdâtre ; les bruits du cœur fœtal demeurent bons. On pratique à nouveau le toucher : la dilatation est comparable à une petite paume de main, la fontanelle lambdatique occupe l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit. A 17 h. 30, la dilatation est complète, la femme pousse. A 20 heures, le travail ne progressant pas, la tête étant toujours en O. I. G. P. *on fait une application de forceps.* La *rotation en O. P.* se fait assez aisément et l'on extrait un fœtus féminin criant aussitôt.

Délivrance normale : une heure après. *Eraillure du périnée* (un point de suture). P. fœtal : 3.150. P. placentaire : 500. *Durée du travail :* douze à treize heures (si l'on tient compte que l'effacement et la dilatation que présentait le col au moment où fut pratiqué le premier toucher, avaient bien dû demander deux ou trois heures au moins, chez cette primipare de 33 ans).

Suites de couches : subfébriles (entre 37° et 38°) jusqu'au dixième jour. Le onzième, la température monte nettement à 39°, mais, malgré toute instance, la femme quitte le service.

Observation IV
(Inédite)

Année 1919, n° 659. Rose M..., 37 ans, Vpare. D. règles : fin février 1917 ; bonne grossesse ; bassin normal.

Admise à la salle de travail le 6 décembre à 11 heures disant souffrir depuis la veille au soir (22 heures). On l'examine :

Le palper, à cause des contractions, ne donne aucun renseignement. L'auscultation est positive à gauche.

Au toucher : dilatation, 2 francs ; on constate un bourrelet œdémateux sur la lèvre antérieure du col. La poche des eaux est intacte, à son travers, on sent la suture sagittale orientée dans le sens du diamètre oblique droit. La tête est fixée.

Les contractions utérines étant fortes et bien suivies, la dilatation est complète à 20 heures. On perce la poche des eaux et l'on confirme le diagnostic de la position. La tête est bien en O. I. G. P. La femme pousse et, en quinze minutes, *expulse en O. P.* un fœtus féminin bien constitué.

Le délivre suit normalement une demi-heure après. *Le périnée est intact.* Poids fœtal : 3.140. P. placentaire : 430. *Durée du travail :* vingt-deux heures au moins. *Suites de couches :* normales.

Observation V
(Inédite)

Année 1920, n° 118. Félicité M..., 25 ans, tripare. Dernières règles ? Bassin normal.

Cette gestante est admise au dortoir des femmes en attente, le 3 février. A l'examen, on trouve alors un sommet ballotant en gauche, l'auscultation positive de ce même côté, le col perméable.

Le 14 : rupture prématurée des membranes. On fait descendre la femme à la salle de travail : il est 16 heures. A l'examen (toucher), on constate : une dilatation de 2 francs,

la rupture de la poche des eaux, un sommet engagé en G. P. Les contractions utérines sont fortes et suivies et, à 19 heures, la dilatation est complète, le bregma sous le pubis. Après une demi-heure d'efforts, la parturiente *expulse en O. S.* un fœtus féminin qui crie aussitôt.

Le placenta vient normalement quinze minutes après. *Le périnée est intact.* Poids fœtal: 3.300. P. placentaire: 440. *Durée du travail:* quatre ou cinq heures. *Suites de couches:* normales.

Observation VI
(Inédite)

Année 1920, n° 290. Femme X.., secondipare. Bassin normal.

Cette femme était au dortoir des gestantes. Le 12 avril, dans l'après-midi, rupture prématurée des membranes. Le col a encore toute sa longueur. On donne à la femme les soins antiseptiques d'usage et l'on attend.

Le travail commence le 17, à 18 heures.

La température, jusque là normale, est de 37°5; le liquide est malodorant, les bruits du cœur fœtal sont rapides.

Au toucher, on constate une dilatation de 2 francs et un sommet engagé en O. I. G. P.; la flexion est imparfaite, on sent encore la fontanelle bregmatique à l'extrémité antérieure du diamètre oblique droit. A minuit, la dilatation est complète; la femme pousse et, après une demi-heure, expulse spontanément, un enfant qui ne peut être ranimé. La *rotation s'était faite en O. P.*

Délivrance normale, écouvillonage. Inject. intra-utérine. *Le périnée est intact.* Poids fœtal: 3.400. P. placentaire:

600. *Durée du travail:* neuf heures environ. *Suites de couches:* fébriles deux jours durant, puis satisfaisantes.

Observation VII

(Inédite)

Année 1920, n°. 537. Julia N..., 22 ans, primipare. Dernières règles: commencement octobre 1919. Bassin normal.

Admise dans le service le 10 juillet, à 12 heures, dit souffrir depuis la veille (midi) et avoir perdu les eaux. On l'examine. Au palper, on sent seulement un utérus en contraction.

L'auscultation est positive à gauche.

Au toucher, on constate: la rupture de la poche des eaux; du côté du col, une dilatation comparable à une grande paume de main et de l'œdème de la lèvre antérieure; du côté de la présentation engagée, la situation de la petite fontanelle à l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit.

A 20 heures, la dilatation est complète, la femme pousse. A 21 heures, la tête étant toujours en O. I. G. P., on se décide à intervenir. *Application classique de forceps,* et extraction après *rotation en O. P.* d'un fœtus masculin bien constitué et criant aussitôt.

La délivrance naturelle a lieu quarante minutes après, mais il y a rétention partielle des membranes. On pratique un écouvillonage suivi d'une injection intra-utérine.

Le périnée est intact. Poids fœtal: 3.300. P. placentaire: 540. *Durée du travail:* trente-deux heures au moins. *Suites de couches* normales jusqu'au huitième jour, date à laquelle la femme sort sur sa demande.

Observation VIII
(Inédite)

Année 1921, n° 330. Joséphine G..., 36 ans, IVpare. Dernières règles : 18 au 22 mai 1920. Bonne grossesse. Bassin normal. H. utérine : 33 centimètres.

Arrive à la salle de travail le 8 mars, à 5 heures. Au palper : sommet amorcé en gauche. Auscultation : positive. Toucher : dilatation cervicale comparable à une pièce de cinquante centimes. Poche des eaux intacte à travers laquelle on perçoit la suture sagittale orientée dans le sens du diamètre oblique droit.

A 11 heures, rupture de la poche des eaux. Au toucher, on trouve la dilatation complète et le lambda en G. P. On ordonne à la femme de pousser. A 11 h. 30, *expulsion en O. P.* d'un fœtus féminin criant aussitôt.

Le délivre vient normalement une demi-heure plus tard. *Périnée intact.* Poids fœtal : 3.550. P. placentaire : 520. *Durée du travail :* sept heures environ. *Suites de couches :* normales.

Observation IX
(Inédite)

Année 1921, n° 690. Eléonore A..., 26 ans, primipare. D. règles : mi-août 1920. *Sacrum légèrement redressé* (point le plus saillant à 10 centim. 5).

Premières douleurs le 26 mai à 23 heures. La parturiente descend à la salle de travail le 27, à 4 heures. A l'examen, on trouve une dilatation de 2 francs et une po-

che des eaux volumineuse. La tête se présente par le sommet que l'on trouve à peine amorcé et mal fléchi (on atteint la fontanelle bregmatique à l'extrémité antérieure du diamètre oblique droit).

Durant toute la journée du 27, les douleurs restent espacées, peu efficaces. A 22 h. 30, rupture spontanée de la poche des eaux. Au toucher: dilatation grande paume de main, la tête est bien fixée, la flexion s'accentue mais demeure incomplète.

Le 28, à 6 heures, même dilatation, la tête est bien engagée, les bruits du cœur demeurent satisfaisants. A 9 heures, la dilatation est complète, la tête se rapproche de la position G. T. Mais le liquide amniotique devient verdâtre, et on décide de terminer l'accouchement. *Manœuvre de Loviot. Application du forceps Tarnier* sur la tête en G. T. (prise fronto-mastoïdienne). On achève la *rotation en O. P.* et l'on extrait un fœtus masculin vigoureux du poids de 3 kil. 250. *Le périnée est intact.*

Délivrance artificielle (hémorragie). Injection intra-utérine. Le poids placentaire est de 600 grammes.

Durée du travail: trente-quatre heures. *Suites de couches,* normales.

Observation X
(Inédite)

Année 1921, n° 834. Dominique G..., 29 ans, primipare. Dernières règles du 22 au 26 septembre 1920. Bassin normal.

Le travail commence le 28 juin vers 15 heures. A 17 heures, la femme est descendue à la salle de travail, on trouve une dilatation cervicale comparable au diamètre d'une

pièce de 2 francs, la fontanelle sagittale est orientée suivant le diamètre oblique droit. Au cours de la nuit, contractions régulières et énergiques. A 5 heures, le lendemain, la dilatation est complète. On rompt la poche des eaux et la femme pousse. Mais la rotation se fait mal, les contractions s'espacent. On termine alors par *une application de forceps* sur la tête immobilisée en O. I. G. A. La rotation achevée, l'on extrait un fœtus masculin criant aussitôt. Délivrance naturelle une demi-heure plus tard. *Déchirure incomplète du périnée.* Poids fœtal: 2.980. Poids placentaire: 620. *Durée du travail:* dix-sept heures. *Suites de couches,* normales

Observation XI
(Inédite)

Année 1921, n° 905. Marie G..., 23 ans, primipare, à terme. Bassin normal.

Cette femme est admise dans le service le 11 juillet, à 22 heures, disant souffrir depuis 19 heures. A l'examen: dilatation comme une pièce de cinquante centimes. Fontanelle bregmatique à l'extrémité antérieure du diamètre oblique droit. Les contractions utérines sont fortes et suivies. Le lendemain, à 3 h. 45, la dilatation est complète. La femme pousse et, à 5 heures, *expulse en O. S.* un fœtus du sexe féminin criant aussitôt. Délivrance naturelle.

Le périnée est légèrement entamé. Poids fœtal: 3.230. P. placentaire: 550. *Durée du travail:* dix heures. *Suites de couches,* normales.

Observation XII
(Inédite)

Année 1921, n° 1753. Térésa N..., 30 ans, Vpare. Paraît à terme. Bassin normal.

Cette gestante arrive dans le service le 29 décembre, souffrant depuis plus d'une heure. A la salle de travail on l'examine : on trouve un col effacé, dilaté comme 2 francs, une poche des eaux bombante. La présentation est une O. I. G. P. Cinq heures plus tard la dilatation est complète, on pratique la rupture de la poche des eaux. La petite fontanelle occupe bien l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit. La femme pousse et, un quart d'heure après, *expulse en O. S.*, nu fœtus du sexe féminin, bien constitué. Délivrance naturelle. *Périnée intact.* Poids fœtal : 3.620. P. plancentaire : 570. *Durée du travail :* six heures environ. *Suites de couches* physiologiques.

Observation XIII
(Inédite)

Année 1922, n° 104. Alexandrine M..., 30 ans, IIpare. Grossesse à terme. Bassin normal.

Les premières douleurs apparaissent le 18 janvier vers 16 heures. La femme descend à la salle de travail. On l'examine. Au palper, on reconnaît un sommet mobilisable en gauche. L'auscultation est positive du même côté. Au toucher, on constate que la dilatation du col utérin est de

la dimension d'une pièce d'un franc. La poche des eaux n'est plus constituée que par l'amnios.

Jusqu'au lendemain 9 heures, les contractions restent espacées, sans énergie. A ce moment elles deviennent plus régulières. A 11 heures, on trouve une dilatation de la dimension d'une grande paume de main et la présentation fixée en G. P. (la petite fontanelle occupe le voisinage de la symphyse sacro-iliaque gauche). A 15 heures, la dilatation est complète, la tête engagée, se trouve en G. T., la femme pousse une heure durant. A 16 heures, le travail étant stationnaire, on termine par une *application de forceps. Rotation en O. P.*, extraction d'un fœtus masculin criant aussitôt. Délivrance naturelle.

Déchirure de la fourchette. Poids fœtal, 3.800. Poids placentaire, 420. *Durée du travail:* vingt-quatre heures. *Suites de couches* normales.

Observation XIV

(Inédite)

Année 1922, n° 114. Marthe B..., 23 ans, primipare. Grossesse à terme. Bassin normal.

Cette femme arrive à la consultation le 20 janvier, à 10 h. 30, souffrant depuis huit heures.

A l'examen, on trouve le col effacé et un sommet engagé en gauche, la poche des eaux est intacte.

A 16 heures, la poche des eaux se rompt spontanément et laisse s'écouler un liquide teinté de méconium. A ce moment le diamètre de l'ouverture cervicale est environ celui d'une pièce de 2 francs, on reconnaît à la situation

des fontanelles antérieure et postérieure, toutes deux accessibles, que le sommet est engagé en O. I. G. P. Les battements fœtaux demeurent satisfaisants.

Le lendemain, à 1 h. 30, la dilatation est complète. La femme fait des efforts d'expulsion, mais bientôt les bruits du cœur fœtal deviennent arythmiques. On fait en G. P. une *prise de forceps oblique par rapport à la mère, la rotation et le dégagement se font en O. S.* L'enfant, un fœtus du sexe masculin, naît étonné, mais crie après quelques manœuvres de respiration artificielle. Délivrance naturelle. *Déchirure de la fourchette.* Poids fœtal, 2.760. Poids placentaire, 475. *Durée du travail:* dix-huit heures. *Suites de couches* physiologiques.

Observation XV
(Inédite)

Année 1922, n° 198. Nathalie P..., 26 ans, IIpare. Grossesse à terme. Bassin normal.

Le travail commence le 13 février vers 5 heures. A 8 h. 30 seulement, la femme descend à la salle d'accouchemnt. On l'examine, la poche des eaux intacte, bombe à travers l'orifice cervical dont le diamètre est environ celui d'une pièce de 5 francs. On sent le bregma en avant et à droite.

A midi, dilatation comparable à la dimension d'une paume d'adulte. Les contractions sont peu régulières. A 13 heures, rupture spontanée de la poche des eaux, la dilatation est complète. La femme pousse pendant une heure trente, et *expulse en O. S.* un fœtus du sexe féminin, criant aussitôt. Délivrance normale. *Le périnée est intact.* Poids fœtal: 3.390. Poids placentaire: 560. *Durée du travail:* dix heures environ. *Suites de couches* physiologiques.

Observation XVI
(Inédite)

Année 1922, n° 700. Rosa P..., 28 ans, IVpare. Grossesse de huit mois et demi. Bassin normal.

Cette gestante arrive en travail, le 17 mai, à 17 heures. A l'examen, no trouve l'orifice cervical ouvert suivant un diamètre de trois bons travers de doigt. A travers la poche des eaux intacte, on constate que la tête est fixée en O. I. G. P. Les contractions sont fortes et suivies. A 18 h. 30, la dilatation est complète, la poche des eaux se rompt spontanément. La femme fait des efforts d'expulsion et, après un quart d'heure, la tête fœtale se *dégage en O. S.* Délivrance naturelle. *Périnée intact.* Poids fœtal: 2.780. Poids placentaire: 400. *Durée du travail* inconnue: ne semble pas toutefois avoir dépassé cinq à six heures. *Suites de couches* normales.

Observation XVII
(Inédite)

Année 1922, n° 1294. Suzanne G..., 27 ans, IIpare. Grossesse voisine du terme. Bassin normal.

Cette femme était au dortoir des femmes enceintes. Le 23 août, rupture spontanée de la poche des eaux, soins d'usage, expectative.

Le 27, à 3 heures, la gestante qui souffrait légèrement depuis minuit, descend à la salle de travail.

A l'examen, la dilatation de l'orifice utérin atteint à peu près les dimensions d'une pièce de 1 franc. A ce mo-

ment, on ne s'est pas rendu compte de la situation exacte de la tête.

A 14 heures, la dilatation est complète, nous avons, par nous-même, constaté la présence de la petite fontanelle à l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit. On sent encore en avant et à droite l'angle postérieur du bregma. Une heure durant, la femme pousse et, à 15 heures, *expulse en O. P.* un fœtus du sexe féminin, criant aussitôt. Délivrance naturelle, membranes douteuses. *Eraillure du périnée.* Poids fœtal: 3.650. Poids placentaire: 570. *Durée du travail:* quinze heures environ.

Suites de couches subfébriles; néanmoins, l'accouchée sort le onzième jour.

Observation XVIII
(Inédite)

Année 1923. Justine B..., 22 ans, primipare. Grossesse à terme, bassin normal.

Cette femme arrive à la salle de travail le lundi, 8 janviers, vers 11 heures. On l'examine.

Au palper: sommet amorcé en gauche. Auscultation positive à gauche.

Au toucher: col en voie d'effacement, poche des eaux intacte. Au cours de la journée et de la nuit, les contractions sont rares. Le lendemain, vers 9 heures, la dilatation cervicale présente à peine les dimensions d'une pièce de 2 francs, on perçoit le bregma en avant et à droite. Le mercredi matin, la dilatation n'est guère plus avancée (5 fr.), le bregma est toujours perceptible en D. A. Dans la journée, les douleurs s'espacent encore, puis disparaissent. La

poche des eaux étant intacte, la température normale, les bruits du cœur fœtal satisfaisants, on laisse la parturiente se reposer. Dans la soirée du jeudi, les douleurs reparaissent. Le lendemain 12 janvier, à 3 heures, la poche des eaux se rompt.

A l'examen on trouve une dilatation du col utérin de la dimension d'une paume d'enfant, la tête est bien engagée, on sent la fontanelle postérieure à gauche et en arrière. Mais, les contractions qui avaient bien repris s'espacent à nouveau, le pouls est à 100, la femme s'agite. On décide d'intervenir. A 4 heures, on place un ballon grand modèle de Champetier de Ribes, la tête était alors en G. T. Les contractions reprennent; à 8 heures, le ballon est expulsé. Il ne subsiste plus alors qu'un bourrelet cervical circulaire, de deux travers de doigt environ, la tête est en O. I. G. A. On complète la dilatation par le procédé de Bonnaire et on termine par une *application de forceps* (F. Tarnier). Après rotation, *on extrait en O. P.* un fœtus féminin criant aussitôt. Délivrance naturelle vingt minutes plus tard. *Périnée intact.* Poids fœtal: 3.750. *Durée du travail:* quatre-vingt-quatorze heures. *Suites de couches* normales.

Observation XIX
(Inédite)

Année 1923, Angèle B..., 21 ans, primipare, à terme. *Bassin très légèrement touché* (un faux promontoire à bout de doigt).

Cette parturiente arrive à la salle de travail le 16 janvier à 13 heures; elle souffre depuis le matin 3 heures et a perdu du liquide amniotique. Peu après son entrée,

issue abondante d'un liquide verdâtre. A l'examen, on trouve : un col effacé, un sommet mobile en G. T.

Dans la journée, les douleurs sont rares et espacées.

Le 17 au soir, on trouve, au toucher, une dilatation de la dimension d'une pièce de 2 francs et l'on constate que le sommet s'est fixé en O. I. G. P.

Dans la matinée du 18, à 8 heures, la température rectale est de 38°2 ; le liquide est toujours vert, mais les bruits du cœur restent bons. Les contractions ont repris, puis cessent à nouveau vers 11 heures. A ce moment, il ne subsiste plus qu'un bourrelet cervical circulaire d'un travers de doigt environ, la tête est bien engagée mais la fontanelle antérieure toujours perceptible. A 11 h. 40, on fait, à vingt minutes d'intervalle, deux injections de 0 cc. 5 de pituitrine Choay ; les contractions se renforcent. A 12 h. 30, la dilatation est complète, la tête en O. I. G. A., mais les bruits du cœur se modifiant, on termine l'accouchement par une *application de forceps*. L'enfant, un fœtus féminin de 3 kil. 500, naît étonné, mais crie cinq minutes après. La délivrance naturelle se fait une demi-heure plus tard. Poids placentaire : 600 grammes. *Périnée légèrement déchiré. Suites de couches* normales. *Le travail avait duré:* cinquante-neuf heures.

CONCLUSIONS

I. — Les occipito-iliaques gauches postérieures sont des variétés rares (0,87 %) de la présentation du sommet.

II. — D'une façon générale, le travail est long et pénible, mais alors que chez les multipares la terminaison spontanée est la règle (90 %), pour les primipares elle est l'exception (23 %). Chez elles, nous pouvons dire que les occipito-gauches postérieures font le plus souvent partie de la dystocie.

III. — La rotation de l'occiput vers le sacrum, exceptionnelle dans les O. I. D. P. (1,1 %) est fréquente chez les O. I. G. P. C'est même cette évolution que l'on observera le plus souvent, quand on assistera, chez une primipare, à l'accouchement spontané d'une gauche postérieure.

IV. — En présence d'une occipito-gauche postérieure, l'accoucheur devra s'armer de patience, respecter plus que jamais les membranes, ne rien faire avant que la dilatation ne soit complète. S'il faut alors intervenir par une application de forceps, il agira le plus souvent comme s'il avait affaire à une O. I. G. T. Si l'on doit, néanmoins, faire une prise sur la tête immobilisée en O. I. G. T., ne tenter la rotation que lorsque la tête sera bien abaissée sur le plancher périnéal. Ne pas trop insister pour amener l'oc-

ciput sous le pubis, savoir accepter et diriger le dégagement de la tête en occipito-sacrée.

V. — La mortalité fœtale ne nous a pas paru sensiblement augmentée.

VI. — La morbidité maternelle, légèrement accrue, consiste, surtout, en de plus nombreuses déchirures périnéales conditionnées par la fréquence des interventions et du dégagement en occipito-sacrée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bar et Brindeau. — La pratique de l'art des accouchements. Paris, 1914.

Bataillard. — Etude statist. et clinique sur la durée et le pron. du trav., les modes de termin. et d'interv. dans les variétés postér. du sommet. *Thèse de Paris,* 1889.

Baudelocque. — L'art des accouchements, édition posthume, Paris, 1825.

Boivin (Madame). — Mémorial de l'art des accouch., 4e édition.

Botkowskaia (Mademoiselle). — Des occipito-postérieur. *Thèse Paris,* 1897.

Bouhey. — L'accouch. en O. S. *Thèse Paris,* 1909.

Cazeaux (P.). — Traité. des acc., 8e édition, Paris, 1870.

Charpentier. — Traité prat. des acc., Paris, 1883.

Corbière. — Etude stat. sur les présent. du sommet (variétés postérieures). *Thèse de Paris,* 1893.

Dimitroff. — L'acc. dans les variétés postér. du sommet. *Thèse de Toulouse,* 1908.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'obstétrique, Paris, 1915.

Fabre. — Précis d'obstétrique. Paris, 1915.

Farabeuf et Varnier. — Introd. à l'étude clinique et à la pratique des accouchements.

Gaulard. — Cours d'accouch., Paris, 1886.

Guerrero. — Durée et pron. de l'accouch. dans les var. postér. du sommet. *Thèse de Paris,* 1897.

Lachapelle (Madame). — Pratique des accouch., Paris, 1821.

Lacrotte. — Contribution à l'ét. des présent. O. I. G. P. *Thèse de Lyon,* 1906.

Lapeyre. — Contribut. à l'étude des occipito-post. *Thèse de Montpellier,* 1899.

Levret. — L'art des acc. démontré par des princ. de physiq. et de méchanique, Paris, MDCCLXVI.

Mauriceau. — Traité des femmes grosses et de celles qui sont accouch. 7e éd. posthume. Paris, MDCCXL.

Maygrier. — Des posit. occipito-post. *Revue de thérapeut. médico-chirurg.,* Paris, 1901; — Précis d'obstétr. par MM. Maygrier et Schwaab. Paris, 1922.

Moreau. — Traité prat. des accouch., Paris, 1841.

Nœgelé et Grenser. — Tr. pratiq. de l'art des accouch., traduction de la 6e édit. allemande, par Aubenas, Paris, 1869.

Playfair. — Tr. théor. et prat. de l'art des accouch. Traduct. de l'édit. anglaise de déc. 1878, par Vermeil, Paris, 1879.

Puech. — De l'applic. du forceps sur les occipito-postér. *Nouv. Montpellier Méd.,* 1895.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obst., Paris, 1904.

Riss. — Les occip. iliaques post. *Revue mens. de gynécol., obstétr. et pédiatrie,* Paris, août 1908.

Rouvier. — Traité pratiq. d'accouch., 1922.

Saint-Germain (Charles de). — L'Eschole méthodique et parfaite des sages-femmes, xviie siècle, Paris.

Smellie. — Traité de la théorie et prat. des accouch., Paris, 1754.

Solayrès de Renhac. — Dissertatio de partu viribus maternis absoluto. Tradt. Paris, 1842.

Tarnier. — *In* Tarn. et Chantreuil, Tr. d'accouch., Paris, 1888.

Vallois. — Etude sur les occipito-postérieures. *Archives de tocologie et gynécol.,* Paris, 1892.

Wallich. — Eléments d'obstétrique. Paris, 1921.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude des Occipito-Iliaques Gauches Postérieures.

par M. Pierre Fleury

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 27 février 1923.

Le Professeur,

VALLOIS.

Vu :

Montpellier, le 8 mars 1923.

Pour le Doyen :

L'Assesseur Délégué,

FORGUE.

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 10 mars 1923.

Le Recteur,

Jules COULET.